



Aprobado

Preguntas correctas: 25

Preguntas totales: 25

Porcentaje aciertos: 100%

Porcentaje para aprobar: 70%

1. En pacientes con carcinoma renal metastásico de intermedio o mal pronóstico el tratamiento con la combinación de nivolumab + ipilimumab:

- A No ha demostrado beneficio frente a sunitinib
- B Ha demostrado beneficio frente a sunitinib en supervivencia libre de progresión pero no en tasa de respuestas
- C Ha demostrado beneficio frente a sunitinib en supervivencia libre de progresión pero no en supervivencia global
- D En pacientes con PD-L1 negativo es donde se alcanza mayor beneficio
- E En pacientes con PD-L1 positivo es donde se alcanza mayor beneficio

2. Indique la opción correcta sobre PD1:

- A PD1 no puede expresarse en las células T
- B PDL1 tiene mayor afinidad que PDL2
- C PD1 se une a CTLA4
- D PD1 se expresa en células NK
- E PD1 puede autodestruirse

3. Respecto a las pruebas complementarias ante la sospecha de neumonitis secundaria a inmunoterapia, señale la correcta:

- A Es obligatorio realizar una analítica con autoinmunidad al tratarse de un fenómeno inmunomediado
- B La biopsia transbronquial puede ser prescindible ante la sospecha clínica-radiológica
- C La radiografía de tórax es la prueba radiológica más específica

D La gammagrafía de ventilación-perfusión está indicada en el diagnóstico de la neumonitis

E El TAC torácico nos muestra un patrón específico de neumonitis

4. En el tratamiento del melanoma, marcar la correcta:

A Pembrolizumab ha demostrado superioridad frente a la combinación de nivolumab + ipilimumab en 1ª línea de enfermedad metastásica

B Pembrolizumab no ha demostrado superioridad frente a ipilimumab en pacientes con enfermedad metastásica no tratados previamente

C Nivolumab está aprobado en combinación con ipilimumab como tratamiento adyuvante en pacientes con estadio III o ganglios positivos tras la cirugía

D Pembrolizumab no ha demostrado beneficio en el marco de la adyuvancia

E En comparación con nivolumab en monoterapia, la combinación de nivolumab con ipilimumab ha establecido un aumento de la supervivencia libre de progresión solamente en los pacientes con alta expresión de PD-L1 en el tumor

5. Respecto a la hepatotoxicidad de la inmunoterapia, señale la respuesta falsa:

A Es una complicación infrecuente pero grave

B El tratamiento combinado la hace más precoz y probable

C Si la toxicidad tiene una gravedad >2 debemos retirar el tratamiento inmunomediado

D Suele aparecer inicialmente en las dos primeras semanas de tratamiento

E Suele ser asintomática

6. Con respecto al tratamiento con anticuerpos inhibidores de checkpoint inmunes, señale la verdadera:

A Los efectos secundarios suelen ser poco frecuentes

B El mecanismo exacto por el que se producen los efectos adversos inmuno-relacionados es bien conocido

C La combinación de Nivolumab e Ipilimumab es la que presenta un mejor perfil de seguridad

D La frecuencia y gravedad de los efectos adversos puede variar según el fármaco que utilicemos

E La colitis es más frecuente con los anti PD-1

7. Con respecto al tratamiento de los irAEs, señale la verdadera:

A Ante una toxicidad grado 3 no endocrina se debe iniciar tratamiento con esteroides a dosis altas

- B Ante una toxicidad grado 3, si el paciente esta asintomático, podemos esperar hasta ver evolución para evitar los efectos secundarios de los corticoides
- C Se ha demostrado que el empleo de corticoides como tratamiento de un evento adverso inmunomediado puede empeorar la evolución tumoral por su efecto inmunosupresor
- D Fármacos inmunosupresores como Infiximab no se deben usar en estos pacientes
- E Todas las respuestas son ciertas

8. La alteración de la función tiroidea es un evento adverso inmuno relacionado frecuentemente asociado a los fármacos inhibidores de checkpoint inmune. Señale la respuesta correcta

- A Generalmente es preciso suspender el tratamiento con estos fármacos hasta que se normalice la función tiroidea
- B No se han descrito casos de oftalmopatía de Graves sin hipertiroidismo
- C La patología tiroidea se ha descrito con mayor frecuencia con los anti-PD1 que con los inhibidores CTLA-4
- D La tiroiditis no evoluciona hacia hipotiroidismo permanente
- E Unos niveles bajos o negativos de TPO orientan hacia diagnóstico de tiroiditis

9. Varón de 45 años con Ca no microcítico de pulmón Estadio IV (óseo) en tratamiento dentro de ensayo clínico con nivolumab que consulta por 10 deposiciones líquidas con sangre, dolor abdominal y fiebre de 38-39 °C ¿Cuál es la actitud más correcta?

- A Manejo ambulatorio con control clínico y analítico cada 48 horas. Asegurar hidratación e iniciar loperamida. Mantener inmunoterapia
- B Ingreso hospitalario urgente, estudio analítico y microbiológico completo, TC abdominal urgente, cobertura antibiótica e iniciar tratamiento con corticoides intravenosos. Valorar estudio endoscópico precoz
- C Ingreso hospitalario urgente, estudio analítico y microbiológico completo, TC abdominal urgente, cobertura antibiótica, no iniciar tratamiento con corticoides hasta resultado estudio endoscópico
- D Ingreso hospitalario urgente, estudio analítico y microbiológico completo, TC abdominal urgente, cobertura antibiótica e iniciar infliximab
- E Manejo ambulatorio con control clínico y analítico diario, corticoides orales, tratamiento antibiótico oral

10. Indique cuál de estos patrones radiológicos visualizados en la TAC NO es característico en la neumonitis secundaria a toxicidad pulmonar por ICI:

- A Opacidades en vidrio deslustrado
- B Patrón "Sarcoidosis-like"
- C Neumonitis por hipersensibilidad

- D Patrón quístico
- E Neumonía organizada criptogenética

11. En el diagnóstico diferencial de la hepatotoxicidad es cierto que:

- A La progresión tumoral se asocia a empeoramiento clínico del paciente y habitualmente a elevación de enzimas de ocupación (Fosfatasa alcalina y GGT)
- B La historia previa de hepatopatía es poco relevante
- C Solo retiraremos los fármacos claramente hepatotóxicos
- D La RMN hepática es la clave dado que hay datos radiológicos típicos
- E Las infecciones virales asociadas son raras y por tanto solo las buscaremos en casos excepcionales

12. Como reconocen el antígeno los linfocitos T

- A Soluble y asociado moléculas del HLA
- B Procesado y asociado a moléculas HLA
- C Asociado a moléculas del proteasoma
- D Soluble y en solución
- E Asociado a las células del endotelio vascular

13. En relación a la epidemiología de la toxicidad renal por la inmunoterapia, es cierto:

- A Es menos frecuente que a otros niveles y su incidencia se reduce con el uso combinado de anti-CTLA-4 y anti-PD1
- B Aparece en más de la mitad de los pacientes tratados, y presenta gran expresividad clínica
- C Aparece en más de la mitad de los pacientes tratados, presentando un curso indolente
- D Es menos frecuente que a otros niveles, aunque puede estar infradiagnosticada por el curso indolente y el uso de esteroides para tratar otras toxicidades extrarrenales
- E Es muy infrecuente (<0,5% de los pacientes tratados) y autolimitada

14. En un paciente en tratamiento con inmunoterapia con astenia desde hace 15 días sin otros síntomas, buen estado general y que en la analítica presenta cortisol basal 3µg/dl y TSH 2µUI/ml con T4L 0.4ng/dl.

- A Se debe sospechar hipofisis e iniciar tratamiento con levotiroxina 1.6µg/kg/día

Se debe derivar al Urgencias para realizar una prueba de imagen urgente.

- B Se debe derivar a Urgencias para realizar una prueba de imagen urgente
- C Se debe iniciar tratamiento con hidrocortisona oral 20mg en desayuno y 10mg en merienda y derivar preferente a Endocrino
- D Se debe iniciar tratamiento con prednisona 1mg/kg/día
- E Se derivar a Endocrinología preferente para que decida tratamiento

15. Dentro de las opciones disponibles para un paciente con adenocarcinoma de pulmón metastásico tras progresión a doblete de platino, se encuentran:

- A Nivolumab
- B Pembrolizumab
- C Atezolizumab
- D Pembrolizumab solo si la expresión de PD-L1 es negativa
- E A y C aun teniendo expresión de PD-L1 negativa, B sólo si PD-L1 es positivo

16. En un paciente con cáncer de pulmón tratado con Nivolumab que acude a consulta por astenia sin fiebre y en la analítica detectamos una GOT 100 y GPT 90 con GGT 75. Debemos realizar todo lo siguiente excepto:

- A Preguntar por su historia de consumo de alcohol
- B Revisar toda la medicación tomada en las últimas semanas
- C Iniciar tratamiento con esteroides orales a dosis de 1 mg/kg de peso
- D Remitir a su oncólogo para valorar el seguimiento
- E Solicitar estudio de serologías virales

17. Para confirmar el diagnóstico de hipofisitis en un paciente en tratamiento con inmunoterapia es necesario:

- A ACTH baja o normal y cortisol $< 7 \mu\text{g/dl}$
- B TSH elevada y T4L baja
- C ACTH baja y cortisol $< 7 \mu\text{g/dl}$ y descartar toma de corticoides a altas dosis reciente
- D Una RM hipofisaria que demuestre imagen de hipófisis
- E FSH elevada y testosterona baja

18. Acerca de CTLA 4, indique la opción correcta:

- A Es una proteína intracelular
- B Interactúa con las moléculas coinhibidoras CD80
- C Es un regulador negativo del sistema inmune
- D Todavía no hay fármacos que lo bloqueen
- E Se encuentra en células tumorales

19. Con respecto a los irAEs (efectos adversos inmunomediados):

- A La toxicidad dermatológica es la más frecuente y la más precoz en aparecer
- B Existe algún dato que relaciona la aparición de vitíligo con un mejor pronóstico en pacientes con melanoma
- C Los irAEs ocurren siempre dentro de los primeros 4-6 meses
- D Las respuestas A y B son verdaderas
- E Todas las respuestas son verdaderas

20. Varón de 50 años con Melanoma en tratamiento con Ipilimumab y Nivolumab que acude a consulta por astenia, se realiza una analítica en la que destaca BR 4 mg/dl, GOT 2000 UI, GPT 3500 UI, LDH 1000 UI y Fosfatasa alcalina normal. No es cierto que:

- A Estamos ante una hepatitis inmunomediada grado 4 y debemos remitirlo urgente al hospital y contactar con su oncólogo
- B El tratamiento de elección son los corticoides intravenosos a dosis de 2-4 mg/kg de peso
- C Se debe hacer control analítico diario de las transaminasas y de la función hepática
- D Se aconseja la valoración por hepatólogo y la realización de una biopsia hepática
- E El tratamiento de elección en caso de no respuesta a los esteroides es el Infliximab

21. En cuanto al estudio endoscópico en la toxicidad gastrointestinal inmunomediada señale la verdadera:

- A Siempre hay que hacer colonoscopia completa
- B La colonoscopia sólo es útil en casos de diarrea inmunomediada y no aporta información en el diagnóstico de otras etiologías
- C La presencia de úlceras en el intestino puede predecir cortico-refractariedad
- D Es necesario esperar la realización del estudio endoscópico antes de iniciar el tratamiento con corticoides en grados 3 y 4
- E La realización de sigmoidoscopia no aporta información diagnóstica

22. Respecto al manejo del hipotiroidismo en pacientes en tratamiento con ICI señale la respuesta falsa.

- A En pacientes con hipotiroidismo subclínico se debe iniciar tratamiento con levotiroxina siempre dado que están con fármacos inhibidores del checkpoint inmune
- B En caso de hipotiroidismo franco, iniciar levotiroxina a dosis sustitutivas, aprox 1,6 mcg/kg/día
- C En pacientes ancianos o con cardiopatía se debe iniciar tratamiento con levotiroxina 25-50 mcg/día
- D Si se sospecha hipotiroidismo central, se debe iniciar tratamiento con esteroides previamente, salvo que se haya descartado insuficiencia suprarrenal
- E Se recomienda screening de función tiroidea basalmente, antes de cada dosis, y cada 6-12 semanas durante los primeros 6 meses tras completar el tratamiento

23. La teoría de la inmunoección del cáncer postula:

- A Que el sistema inmune desempeña funciones de vigilancia, eliminación y modulación de las células tumorales
- B Que el sistema inmune no desempeña funciones de vigilancia y eliminación de las células tumorales
- C Que el sistema inmune solo destruye las células tumorales en estadios muy tardíos del desarrollo
- D Que el sistema inmune detecta pero no destruye a las células tumorales
- E Que el sistema inmune solo destruye las células tumorales en estadios muy tempranos del desarrollo

24. Respecto a la toxicidad gastrointestinal de la inmunoterapia señale la verdadera:

- A Es un efecto secundario inmunomediado poco frecuente
- B Es imprescindible suspender la inmunoterapia a partir de cualquier grado de toxicidad
- C Siempre requiere iniciar tratamiento con corticoides
- D Puede aparecer en cualquier momento del tratamiento
- E No afecta a la calidad de vida del paciente

25. Respecto a las posibilidades de tratamiento de la neumonitis considerada G3 irAE, señale cuál de las siguientes NO es una opción terapéutica tras no presentar mejoría con tratamiento esteroideo:

- A Inmunoglobulina iv
- B Micofenolato de mofetilo
- C Ciclofosfamida

C	Ciclosporinida
D	Inhibidores PI3K
E	Infiximab
